

PRISCILA NUNES MARTINS DE ALMEIDA

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE TERMINAL

Trabalho apresentado como requisito da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde (FACES) do Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), sob orientação da Prof. Eduardo Cyrino de Oliveira Filho

BRASÍLIA, 2016

Cuidados de enfermagem ao paciente terminal

Priscila Nunes Martins de Almeida¹

Eduardo Cyrino de Oliveira Filho²

Resumo

Por meio de revisão de literatura o presente estudo teve como objetivo descrever os principais cuidados de enfermagem ao doente terminal nas últimas horas de vida. Foi observado que os cuidados de enfermagem direcionados ao paciente terminal em suas últimas horas de vida destina-se a controlar determinados controles, principalmente: a dor, confusão mental, respiração ruidosa, agitação, dispneia, náuseas e vômitos. Para tanto, foram descritas as condutas apropriadas a cada um desses sintomas. Assim constatou-se que a enfermagem tem como destaque a preocupação de cuidar dos pacientes. Este cuidar envolve o olhar, a escuta, a percepção e a disponibilidade para atender as necessidades de seus pacientes. Além dos procedimentos técnicos, a existência de uma preocupação com o alívio do sofrimento deve estar presente nos profissionais que trabalham com pacientes que se encontram com doença incurável.

Palavras-chave: Paciente terminal. Cuidados paliativos. Cuidados de enfermagem.

Nursing Care for the Terminal Patient

Abstract

Through a literature review the present study aimed to describe the main nursing care to the terminal patient in the last hours of life. It was observed that nursing care aimed at the terminal patient in the last hours of life is aimed at controlling certain controls, mainly: pain, mental confusion, noisy breathing, agitation, dyspnea, nausea and vomiting. For this, the appropriate conducts for each of these symptoms were described. Thus it was verified that nursing has as a highlight the concern of caring for patients. This care involves the look, the listening, the perception and the availability to meet the needs of your patients. In addition to the technical procedures, the existence of a concern for the alleviation of suffering must be present in the professionals who work with patients who are suffering from an incurable disease.

Keywords: terminal patient. Palliative care. Nursing care.

¹ Estudante do Curso de Enfermagem do UniCEUB

² Docente do Curso de Enfermagem do UniCEUB

1 INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos têm como objetivo o controle dos sintomas – em qualquer fase da doença - e acompanham o paciente e seus familiares até o fim da vida, minimizando o sofrimento e melhorando a qualidade de vida. A característica básica do cuidado é sua individualização, com foco na pessoa e não na doença. Sua introdução precoce pode melhorar a qualidade e aumentar o tempo de vida (TEMELL et al., 2010).

Estes cuidados se aplicam a pacientes com doenças ativas, progressivas e incuráveis devem experimentar alívio eficaz e amplo dos sintomas, quer sejam físicos, psicossociais ou espirituais, o que só faz aumentar o desafio. Em tais circunstâncias, os sintomas são complexos e múltiplos, aumentando em frequência e intensidade à medida que a doença progride, enquanto a capacidade para as atividades de vida diária e autocuidado diminuem. Juntamente com a fragilidade, também aumenta a dependência de familiares, cuidadores e serviços de apoio (HERMES; LAMARCA, 2013).

Normalmente, as doenças que demandam cuidados paliativos são a AIDS, as doenças neurológicas graves e progressivas e o câncer, no entanto este rol é meramente exemplificativo já que os cuidados paliativos não são determinados pelo diagnóstico, mas sim pela situação e necessidades de cada paciente (TEMELL et al., 2010).

Os cuidados paliativos além de aplicar-se a pacientes com doenças ativas, progressivas e incuráveis são dispensados também aos pacientes terminais em suas últimas horas de vida. Este é um momento delicado pois o profissional de enfermagem, além de controlar os principais sintomas (confusão mental, respiração ruidosa, agitação, dor, dispneia, náuseas e vômitos) devem também prestar assistência aos familiares neste momento tão delicado em que a tristeza, angústia e desespero se fazem presentes (ELLERSHAW; CHAPMAN, 2011).

Feitas estas considerações iniciais, o presente estudo objetivou descrever os principais cuidados de enfermagem ao doente terminal nas últimas horas de vida.

Discutir cuidados paliativos nunca é fácil, pois questões referentes ao final da vida não foram apreendidas ou discutidas em nossa sociedade. É fundamental reconhecer que se trata de um problema de saúde pública negligenciado e que

muito pode ser feito para o bem-estar de quem está sofrendo ou chegando aos momentos finais da vida.

A organização dos cuidados paliativos encontra-se, ainda, em fase incipiente no Brasil, inexistindo dados numéricos, a nível nacional, que tornem possível estimar as necessidades não atendidas nesta área. Sabe-se, porém, que não existe no país uma estrutura de cuidados paliativos que atenda toda a demanda existente já que existe mínima oferta de leitos especializados normalmente restrita às grandes cidades (GARCIA; RODRIGUES; LIMA, 2013).

No entanto, tomando como base a experiência internacional, em países onde os Cuidados Paliativos têm se desenvolvido nas últimas décadas, estima-se em aproximadamente 1 000 doentes para cada 1 000 000 de habitantes, anualmente, que precisam de cuidados paliativos diferenciados. A título de exemplificação, cita-se o Reino Unido onde em 2014 existiam, por milhão de habitantes, aproximadamente 50 leitos de internamento e seis equipes de cuidados paliativos (MATOS; PULSCHEN, 2015).

Os complexos problemas que emergem com os cuidados ao fim da vida colocam-nos diante da necessidade de aprofundarmos o debate em torno deste momento crítico da existência humana. Os cuidados paliativos, por serem uma disciplina nova e por terem pouca articulação nacional, tem pela frente um árduo caminho de legitimação no Brasil.

Dessa forma esse artigo tem como objetivo descrever os principais cuidados de enfermagem ao doente terminal nas últimas horas de vida.

2 METODOLOGIA

Optou-se por uma pesquisa de revisão literária em formato narrativo sobre a importância da assistência de enfermagem a pacientes terminais em seus últimos instantes de vida. Consoante Rother (2007), a revisão narrativa é aquela realizada a partir de artigos de publicações amplas, indicada para explicar e discutir um determinado assunto pela ótica teórica ou contextual. Essa modalidade de artigo tem importante papel na educação continuada tendo em vista que permitem ao leitor

adquira e/ou atualize o conhecimento sobre um tema específico em exíguo espaço de tempo.

Para a realização dessa revisão literária os periódicos foram buscados em bases de dados da PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME) bem como em livros sobre a temática ora abordada. Os seguintes descritores foram aplicados nas buscas: “pacientes terminais”, “enfermagem”, “cuidados paliativos”, fazendo uso do conectivo “and” entre as palavras, com o objetivo de encontrar artigos publicados nos últimos 15 anos, ou seja, entre os anos de 2001 e 2016. Na seleção dos artigos utilizados, foi dada prioridade àqueles publicados no idioma português, embora não tenham sido excluídos os artigos publicados na língua inglesa. Dos artigos que apareceram na busca dos descritores foram utilizados aqueles que estavam em formato completo e que abordavam os cuidados paliativos prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes terminais ou que versassem somente sobre os cuidados paliativos. Feito isso, foram utilizados na elaboração deste estudo, 23 artigos e 7 livros.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Sobre o Processo de Morrer

Falar sobre morte e morrer, por si só é um assunto que gera um desconforto, em que logo se procura mudar de assunto, “bater na madeira”, como se, de certa maneira, isso pudesse afastá-la de nós. Desde sempre, o homem tentou desafiar, fugir e vencê-la. O que o homem busca não é a vida eterna, mas a juventude eterna, com seus prazeres, sua beleza e sua força e não a velhice com suas mazelas. A presença da morte gera incômodos (KÓVACS, 2012).

A morte constitui um dos maiores enigmas da existência humana, tendo demandado esforços para seu equacionamento ao longo da história do pensamento ocidental. Vem ocorrendo uma transformação na relação do ser humano com a morte, antes considerada como um acontecimento natural, inevitável e aceito. Essa familiaridade de outrora, se perdeu na cultura ocidental, causando um grande desconforto nas pessoas (PALÚ, 2004).

No final do século XX e início do século XXI, a morte deixou de ocorrer no domicílio, onde a pessoa se encontrava cercada de seus amigos e familiares, passando a acontecer nos hospitais, UTIs, tendo como companhia não as pessoas queridas, mas tubos e máquinas e profissionais atarefados. Deixa de ser um evento público para ser um evento privado, solitário, consequentemente, assustador. O que antes era parte da vida passa a ser um acontecimento estranho, perturbador, devendo ser combatido de todas as formas (KÓVACS, 2012).

Nos anos 1960, Elisabeth Kubler-Ross, psiquiatra, radicada nos Estados Unidos começou a estudar sobre a morte e o processo de morrer. Em 1969, publicou um importante trabalho (*On Death and Dying* – Sobre a morte e o morrer) onde identifica períodos específicos no processo de morrer e abordagens para que médicos, enfermeiros e familiares acompanhem e ajudem a pessoa em sua última fase da vida (KLUBER-ROSS, 1969).

As fases enfrentadas são: negação, raiva, negociação, depressão e a aceitação. A negação ocorre quando o paciente se recusa a aceitar que tem uma condição fatal. A raiva muitas vezes é dirigida aos profissionais de saúde que não conseguem curar, apesar de todos os tratamentos. A negociação ou barganha é a fase em que o paciente acredita de modo irrealista que se fizer “promessas”, tratamentos, exercícios, dietas irá alcançar a cura. A depressão, diferentemente da tristeza, é uma fase que exige intervenção para que a vida possa ser mais bem apreciada, e finalmente a última fase, - que não ocorre para todos - é a aceitação, quando a pessoa reconhece e aceita sua mortalidade e a proximidade do fim (KLUBER-ROSS, 1996).

3.2 Cuidados Paliativos

Definir o termo “cuidados paliativos” é uma tarefa extremamente desafiadora e complexa, considerando sua operacionalidade no campo de atuação das ciências da saúde, envolvendo conceitos e sua articulação com formulações das ciências humanas: psicologia, filosofia, antropologia e história. Trata-se da busca de se discutir esse momento da vida humana tão enigmático, que é a morte (SIMONI; SANTOS, 2003).

No Brasil, na década de 1980, surgiram os primeiros serviços de cuidados paliativos. Desde o final da década de 1990 e ao longo dos anos 2000, vêm surgindo vários serviços no país ficando cada vez mais evidente a necessidade de uma capacitação em cuidados paliativos em uma esfera mais ampla e profunda que a existente atualmente (DALACORTE et al., 2012).

A Medicina, com a complexa tecnologia atual, consegue retardar a chegada da morte, mas não eliminá-la, uma vez que ela faz parte da condição humana. A cura da doença nem sempre é possível, mas o alívio do sofrimento, o tratamento e o cuidado da pessoa doente são, de certa forma, ilimitados e isto deve ser prioritário em medicina. O reconhecimento deste axioma é o princípio da filosofia, da ciência e prática dos Cuidados Paliativos (RICH, 2001).

Em 1990, a OMS lançou a definição sobre o que são Cuidados Paliativos relacionados ao câncer e o que cabe a esta abordagem. Em 1998, definiu Cuidados Paliativos para crianças reforçando a sua necessidade em crianças de diferentes idades, e o apoio que as famílias devem receber. Este é o primeiro consenso sobre o tratamento da dor para crianças. Em 2001, na Grã Bretanha, a preocupação com o tema se tornou maior, e uma força tarefa orientou os Cuidados Paliativos para adolescentes e jovens de 13 a 24 anos com doenças limitadoras do tempo de vida, estabelecendo princípios para o cuidado do paciente, familiares e equipe de saúde (THORNES; ELSTON, 2001).

Em 2002, o conceito de Cuidados Paliativos é revisado e nele são incluídas outras doenças crônicas, que ameaçam a vida da mesma maneira que o câncer. A orientação, então, estava direcionada para uma abordagem conjunta com outros tratamentos e sugerindo que os Cuidados Paliativos fossem iniciados junto com as terapias de cura ou modificadoras do curso da doença, em caso de ameaça à vida. Além disto, manifestou-se a preocupação em cuidar do luto dos familiares e cuidadores (SEPULVEDA et al., 2002).

Os princípios que norteiam os cuidados paliativos são: promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes; reafirmar a vida e a morte como um processo natural; não pretende antecipar e nem postergar a morte; integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver o mais ativamente possível até a sua morte; oferecer um sistema de suporte que auxilie os familiares e entes queridos a sentirem-se amparados durante

todo o processo de doença; ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento da vida (SALTZ; JUEVER, 2012).

Os Cuidados Paliativos apresentam um modelo inovador e singular para as políticas de saúde e sociais, pois focam na autonomia do paciente e usam uma abordagem integral que combina excelência técnica e conhecimento (ex. controle de sintomas), habilidades (ex. comunicação) e atitudes (ex. encarar cada paciente como um indivíduo com uma rica história de vida) (HERMES; LAMARCA, 2013).

Estes cuidados afirmam a vida e encaram a morte como um processo normal. O foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento. Cuidados paliativos são um direito do paciente, um dever dos profissionais de saúde e não, um luxo. Não indicados apenas no final da vida e devem ser oferecidos durante a evolução da doença, de modo individualizado, contínuo e intensivo. Intervenções preventivas são mais efetivas e facilitam o alcance do conforto e dignidade esperada (GOMES et al., 2011).

Pode-se dizer que o cuidado paliativo resume-se a atitude, comunicação e cuidado. Atitude nesse caso é sinônimo de solidariedade e compreende sensibilidade, simpatia, compaixão, respeito e não julgamento. É preciso dar atenção ao indivíduo e não à doença, ter uma escuta ativa, compromisso, aceitar as diferenças culturais e, além disso, respeitar a vontade do paciente. Já quando se fala em comunicação, pensa-se que esta é indispensável entre as equipes, com o paciente e a família, sempre provendo informações claras como: situação clínica; opções de tratamento; riscos e benefícios evitando um prognóstico preciso. Na comunicação é necessário sempre utilizar o princípio da verdade e dar más notícias na medida e no tempo certo. Já no cuidado é preciso um equilíbrio entre as intervenções técnicas e o humanismo, uma equipe multi, ou melhor, interdisciplinar, valendo-se sempre do princípio da prevenção, apoio aos cuidadores e reavaliação contínua (CRUZ et al., 2006).

Quando a doença do paciente é incurável, os tratamentos agressivos para prolongar a vida podem produzir morbidade exagerada, e o custo pessoal é muito alto e, com escasso benefício para o paciente, neste caso, os cuidados paliativos se constituem na opção recomendada. Essa recomendação é baseada não só em

elementos científicos, bem como morais, como também em princípios éticos e gerais que norteiam os cuidados paliativos modernos. A ética dos cuidados paliativos procura identificar as necessidades específicas que surgem no contexto do final de vida. Muitas vezes, durante o tratamento fica difícil estabelecer o limite entre o que é útil e o que é fútil (DALACORTE et al., 2012).

A assertiva de que nada mais pode ser feito refere-se apenas ao tratamento curativo. Não há limites para o que a equipe de saúde pode fazer para ativamente dar conforto ao paciente e sua família através do apoio físico, social, psicológico e espiritual que necessitam (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013).

Existem muitas outras possibilidades, mas os pacientes oncológicos predominam entre os pacientes terminais que precisam das medidas paliativas. Pacientes em estágio terminal de câncer sofrem em 90% dos casos de dor intensa, a chamada dor total, onde a proximidade da morte traz consigo além das dores físicas, questões espirituais, sociais e emocionais. Tal situação necessita não só de tratamento médico, e sim de uma abordagem multiprofissional. Esses pacientes, muitas vezes, não têm condição de relatar adequadamente sua sintomatologia, percebem a impossibilidade de postergar o fim da sua vida e sofrem de dores que transcendem o físico e o psíquico e atingem a alma, questões que a fragmentação da medicina é incapaz de enxergar. O sofrimento do enfermo em cuidados paliativos oncológicos, o expõe à própria fragilidade, roubando-lhe a dignidade, a autonomia e a individualidade. A doença neoplásica avançada destrói a integridade do corpo, e a dor e o sofrimento podem ser fatores de desintegração da unidade da pessoa (SANTOS, 2011).

Hoje, podem-se observar serviços voltados para a terminalidade da vida, tanto em clínicas privadas como em instituições hospitalares públicas. Porém, a grande questão que merece discussão atualmente é, além da quantidade, a qualidade desses serviços, principalmente no que tange a humanização desses cuidados. Trata-se de um dos momentos mais angustiantes da vida, com maior nível de sofrimento físico, psíquico e espiritual, que não afeta só o paciente, mas todos os seus familiares próximos. Os serviços têm que estar preparados para oferecer cuidados paliativos que tenham como base a humanização do cuidado, abordando aspectos de suma importância para a pessoa e que geralmente são esquecidos

pelos profissionais da saúde que tendem a agir demasiadamente de forma técnica (GOMES et al., 2011).

Em termos de legislação que regulam os cuidados paliativos cita-se: a) a portaria nº 3.535, de 2 de setembro de 1998, que enfatiza o trabalho multiprofissional integrado e acresce outras modalidades assistenciais, como os cuidados paliativos nos centros de atendimento em Oncologia de alta complexidade; b) a portaria nº 881, de 19 de junho de 2001, que instituiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar; c) a portaria nº 19, de 3 de janeiro de 2002, que estende a inserção de cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS) pela instituição do Programa Nacional de Assistência a dor e Cuidados Paliativos; e d) a Portaria nº 1319, de 23 de julho de 2002, que criou os Centros de Referência em Tratamento da Dor no âmbito do SUS (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

3.3 Cuidados de Enfermagem ao Paciente Terminal

Todos aqueles que se encontram em situação de morbidade, gravemente enfermo, desejam receber uma atenção integral, desejam ser vistos em todas as suas particularidades e não ser fragmentado. O cuidado humanizado que tanto ouvimos falar, as interfaces do cuidado e gestão precisam ser indissociáveis (GIORDANI, 2008).

A prática biomédica moderna é marcada pela objetivação do outro; pela fragmentação do corpo, pelo distanciamento e pela intermediação tecnológica, reafirmando os ideais científicos da neutralidade e objetividade. Transformar a conduta atual em cuidado interativo requer o estabelecimento de uma relação participativa, praticada na perspectiva da integralidade, que centra o cuidado no ser humano, compreende as diferenças, incorpora os princípios éticos, valoriza a comunicação e promove autonomia (GIORDANI, 2008).

Salomé et al. (2009) citam como paradigma que deve ser abandonado o paradigma do combate à doença e à morte, e deve ser instituído o paradigma do cuidado, fazendo com que o sujeito autônomo, senhor da sua história ao qual o paciente tem o direito de o ser, construa sua história de forma compartilhada. Essa deve ser a história de cada indivíduo que se encontra diante de uma doença

terminal: dividida pelo próprio titular ou a quem o poder de decisão for legitimamente atribuído, história compartilhada com os profissionais de saúde.

No entanto, um estudo realizado por Cerri et al. (2011) apontam que os próprios enfermeiros elucidam que existe a falta de humanização no cuidado com o paciente crítico, dificuldades na comunicação, tanto com pacientes com a família, como com profissionais da equipe multidisciplinar, dificuldades relacionadas ao direito de decisão do paciente e da família. Tudo isso acarreta em prejuízo para o paciente, dentre outros problemas éticos apontados, que não são de interesse nessa pesquisa, e ainda reconhecem que o cuidado de enfermagem é um processo contínuo, pois não se limita ao processo de cura.

Tendo o cuidar como função precípua desde que ingressaram na sua profissão, na sua formação acadêmica, adquirem conhecimentos específicos para planejar e implementar o cuidado de forma holística. Em cuidados paliativos, o enfermeiro tem papel importante no cuidado do paciente em fase terminal, como na aceitação do diagnóstico, na ajuda para conviver com a enfermidade, no apoio à família antes e depois da morte. São domínios para se exercer um cuidado paliativo eficaz, uma boa comunicação com o paciente e sua família, sendo capaz de detectar suas necessidades; manter uma postura pessoal de equilíbrio, amadurecimento e autocontrole diante das situações difíceis que acompanham a pessoa em seus momentos finais (SALTZ; JUVÉR, 2012).

Especificamente no âmbito dos Cuidados Paliativos, o enfermeiro exerce seu papel desenvolvendo ações práticas e gerenciais em maior consonância com toda a equipe de saúde, cujos profissionais, nesse momento tão específico do tratamento terapêutico, convergem seus discursos para a estrutura do cuidado ante a estrutura da cura. Tem-se então um ambiente genuíno para a prática da enfermagem fundamental (GOMES et al., 2011).

Por meio da compreensão da natureza humana, a atenção do enfermeiro é direcionada para as necessidades holísticas do paciente. Cabe ao profissional identificar e compreender as demandas e os desejos individuais de cada ser, cuidando, planejando e implementando ações que permitam ao indivíduo o máximo controle sobre sua própria vida e doença. Preservar a autonomia do paciente, exercitando sua capacidade de se auto cuidar, reforçando o valor e a importância da participação ativa do doente e seus familiares nas decisões e cuidados ao fim da

vida, permitindo uma melhor vivência do processo de morrer. Quem faz Cuidados Paliativos tem um desafio a mais: ser maleável, entender que é desejável atender às necessidades do paciente em detrimento, às vezes, de algumas normas e protocolos de serviço e até, de algumas vaidades pessoais (CRUZ et al., 2006).

Uma vez diagnosticada a fase terminal as prioridades de atuação são direcionadas para o controlo sintomático e cuidados de conforto. Para o controlo de sintomas adequado é necessária a revisão das intervenções e tratamentos, e interromper aquelas consideradas não-essências. Estes podem incluir: medicação sem efeito direto no controlo dos sintomas (como exemplo os diuréticos, antiarrítmicos, anti-hipertensores, antibióticos, antidepressivos, antidiabéticos orais, insulina e citostáticos); registro de sinais vitais rotineiro; entubação nasogástrica; perfusões endovenosas; manobras de reanimação e ventilação invasiva. Em contrapartida, deve ser estabelecido um plano de medicação em dose de resgate, que inclui: analgésicos, antieméticos, sedativos e anticolinérgicos (ELLERSHAW; CHAPMAN, 2011).

Ellershaw e Chapman (2011) descrevem os sintomas mais frequentes nas últimas horas de vida. São eles: Dor, Dispneia, Delírium e Náuseas e Vômitos. Outros problemas comuns nas últimas horas ou dias são: imobilidade, disfagia, anorexia, astenia, obstipação intestinal, retenção urinária, hemorragias, crises convulsivas, ulcerações e sonolência.

3.3.1 Controle da dor

A dor é um sintoma presente na maioria das doenças, seja como manifestação direta ou como parte do processo diagnóstico e terapêutico de uma doença. O processo de ficar doente acarreta sempre na presença da dor emocional, relacionada diretamente com a consciência da nossa finitude e da nossa fragilidade humana.

Em pacientes com doenças avançadas, fora de possibilidade terapêutica de cura, a prevalência de sintomas dolorosos é alta. Em câncer, a prevalência pode chegar a 90%, em Aids a dor está presente em mais de 50% dos pacientes na fase final de vida (GONÇALVES, 2011).

O conceito de dor usado mundialmente hoje é o da Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) e afirma que a dor é uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”. Significa que a dor é uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano que pode ser existente ou presumido (NETO, 2010).

A experiência dolorosa é regulada por uma série de fatores biológicos, emocionais, sociais e até culturais. Diante da compreensão de que a dor é uma experiência individual, podemos entender que a sua intensidade é variável em decorrência de fatores como raça, sexo, idade, suporte social e cultura, e que muitas vezes não depende somente do tipo de estímulo nociceptivo. O mesmo estímulo pode causar diferentes padrões de resposta dolorosa em diferentes indivíduos, mesmo que constitucionalmente semelhantes. Por se apresentar como uma resposta individual, a dor expressa pelo paciente é aquela que ele sente e não há como mensurá-la de maneira laboratorial. Para avaliar a dor é preciso acreditar no paciente (CRUZ et al., 2006).

Na década de 1960, a médica inglesa Cicely Saunders acrescentou ao conhecimento da dor o conceito de dor total, através do qual admite que uma pessoa sofre não apenas pelos danos físicos que possui, mas também pelas consequências emocionais, sociais e espirituais que a proximidade da morte pode lhe proporcionar. Saunders estabeleceu a importância de uma abordagem multidisciplinar e da presença de uma equipe multiprofissional para que se obtenha o máximo sucesso no tratamento desta pessoa (GONÇALVES, 2011).

A dor deve ser avaliada detalhadamente quanto à sua intensidade, duração, características físicas, ritmo, fatores desencadeantes e atenuantes. A avaliação é constante, redefinida a cada visita do profissional de saúde feita em domicílio, ambulatório, enfermaria ou por contatos telefônicos. O paciente e seu cuidador precisam ser estimulados a relatar qualquer nova alteração no padrão de dor (SALTZ; JUVÉR, 2012).

O controle da dor no paciente terminal é prioritário no que tange à prestação de CP e na maioria dos pacientes esta pode ser controlada com analgésicos opióides ministrados isoladamente ou juntamente com outros fármacos. Os medicamentos devem ser administrados preferencialmente via oral pois como as

ações paliativas buscam evitar medidas que tragam desconforto, o uso da via intramuscular e parenteral não é aconselhada. A utilização da via subcutânea e/ou retal deve prevalecer em situações de controle de dor eficaz (GONÇALVES, 2011).

3.3.2 Dispneia

A dispneia é um dos sintomas mais difíceis de ser controlado e em cuidados paliativos, as ações devem concorrer para reduzir a ansiedade e a percepção da dificuldade para respirar por parte do paciente. As ações para reduzir este sintoma são: administração de opióides e benzodiazepinas (fármacos que promovem o relaxamento muscular) e oxigenoterapia tendo em vista que provoca um efeito tranquilizante. Como medidas não-farmacológicas, cita-se: arejar o quarto, viabilizar o contato da família com o paciente; fornecer informações honestas e que tragam tranquilidade, posicionar o doente em um ângulo de 45° na cama (GONÇALVES, 2011).

A etiologia da dispneia é multifatorial e a medida que a doença avança e o envolvimento pulmonar progride, a probabilidade de reverter as causas da dispneia é mínima. A escolha do plano terapêutico para o controlo da dispneia, num doente com alguns dias ou horas de vida, deve ter em consideração a intenção paliativa, adequar ao tempo de vida previsto e não prolongar desnecessariamente a vida, provocando mais sofrimento físico e psíquico (DOYLE, et al. 2004).

Nesta fase de deterioração do estado do doente, o objetivo da atuação passa por aliviar a dispneia e assim diminuir a ansiedade e a percepção da dificuldade respiratória por parte do doente. Por este motivo é considerado um dos sintomas mais difíceis de controlar (NETO, 2010).

As medidas farmacológicas para o alívio da dispneia, em situações de causas irreversíveis, incluem o uso (ELLERSHAW; CHAPMAN, 2011):

a) Opióides – O fármaco de eleição é a morfina, por via oral ou subcutânea. O objetivo é diminuir a ansiedade e o esforço ventilatório. Se eventualmente o doente já se encontra medicado com morfina então deve-se aumentar a dose anterior progressivamente

b) Benzodiazepinas – O objetivo é reduzir ansiedade e produzir efeito de relaxamento dos músculos respiratórios. Os fármacos recomendados são o diazepam por via oral, lorazepam por via sublingual e midazolam por via endovenosa ou subcutânea.

c) Oxigénio – Apesar de não haver evidência científica da eficácia da oxigenioterapia, sabe-se que é benéfico em doentes hipoxémicos pelo efeito tranquilizante que provoca. Contudo, o objetivo é aliviar a dispneia e não a correção de eventual hipoxemia. Por vezes, existe uma tendência generalizada de recorrer a esta medida terapêutica de forma excessiva e desnecessária. A administração do oxigénio pode ser contínua ou intermitente e, apenas recomendada em situações que se verifica ser eficaz, exemplo atingir saturações superiores a 90%. Caso contrário não há razão para a sua administração.

Os cuidados de enfermagem neste caso incluem tranquilizar a família, arejar o quarto/enfermaria permitindo fluxo de ar; permitir ao doente/família que expresse as suas angústias; dar informação tranquilizante e honesta; permitir a presença constante de alguém que apoie o doente; posicionar o doente em 45º na maca (CHAPMAN, 2011).

3.3.3 Delírio

O delirium é muito frequente em CP e um dos principais motivos de internamento hospitalar sucessivos. É caracterizado por causar grande sofrimento e angústia tanto ao doente e família, como aos profissionais de saúde (THORNES; ELSTON, 2001).

À medida que o momento da morte se aproxima, as funções cognitivas vão-se deteriorando e ocorrem flutuações do estado de consciência relacionadas com a própria falência cerebral. Existem vários distúrbios associados a estas alterações, mas o quadro psíquico mais frequente na fase terminal de uma doença avançada é o delirium. Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, 80% dos doentes em fase terminal desenvolvem esta síndrome (American Psychiatric Association, 2002).

De acordo com DSM-IV-TR, delirium é definida como uma síndrome orgânica, caracterizada por:

a) Alterações da consciência e de cognição – Perda da capacidade de direcionar, focalizar a atenção; déficit na memória, desorientação e perturbação da linguagem (discurso incoerente).

b) Alterações de comportamento psicomotor – Agitação, sonolência, confusão, alucinações e ilusões, sobretudo visuais.

c) Alterações do ciclo sono/vigília.

d) As perturbações desenvolvem-se por um curto período de tempo (de horas a dias), com tendência a flutuações ao longo do dia.

O delirium é também designado por outros termos, tais como, confusão, estado confusional agudo, encefalopatia e falência cerebral. As causas são múltiplas e podem estar relacionadas com o envolvimento direto da neoplasia a nível cerebral (tumor primário ou metástases), ou por ação indireta da doença ou tratamento (alterações metabólicas, efeitos adversos dos fármacos, dor não controlada, retenção urinária, oclusão intestinal, imobilidade, ansiedade e angústia) (GONÇALVES, 2011).

O quadro de delirium é potencialmente reversível em doentes com doença avançada, mas pode não ser nas últimas horas de vida, devido á falência multiorgânica irreversível que ocorre nesta fase. O tratamento do delirium inclui medidas dirigidas às causas, aos sintomas e de suporte (GAMA; BARBOSA, 2010).

As causas podem ser variadas, tais como o próprio processo de morte, a hipóxia, os distúrbios acido-básicos e hidro-eletrolíticos, infecções, encefalopatia (hepática, urêmica), metástase cerebral, efeito colateral dos opióides e até pela alteração na rotina de tratamento (troca de cuidador, novas drogas). O controle do delírio é difícil nas últimas horas de vida em razão da falência multiorgânica que ocorre nesta fase (SALTZ; JUVET, 2012).

A intervenção sintomática tem o objetivo de reduzir a ansiedade e acalmar o doente. Geralmente é necessária medicação neuroléptica ou sedativa. Os fármacos de eleição são o haloperidol (o mais utilizado), e a clorpromazina e levomepromazina (efeito mais sedativo para situações de agitação) (THORNES; ELSTON, 2001).

O enfermeiro tem um papel importante no controlo desta situação. A família deve ser tranquilizada e esclarecida que os comportamentos desadequados são características próprias do delirium, relacionadas com a progressão da doença. Assegurar um ambiente calmo, iluminação adequada durante o dia e a noite, proporcionar a presença de pessoas que possam orientar o doente e manter constantes a equipa terapêutica, podem ser medidas úteis para a diminuição do estado confusional (NETO, 2010).

3.3.4 Náuseas e vômitos

As náuseas e vômitos são sintomas desagradáveis que causam grande mal-estar ao doente e em razão da etiologia ser multifatorial requer uma abordagem multidisciplinar.

A etiologia pode ser multifatorial e a prevalência destes sintomas no doente em fase terminal é variável. Uma revisão sistemática da prevalência de sintomas comuns em doentes em fase terminal revela que as náuseas ocorreram mais frequentemente em doentes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (43%), em seguida os doentes com insuficiência renal (30%), insuficiência cardíaca (17%) e em último os doentes oncológicos (6%). Relativamente aos vômitos, ocorrem na ordem dos 30% dos doentes com doença terminal (DAVIS; WALSH, 2011).

Os cuidados de enfermagem no controle deste sintoma devem incluir: administrar fármacos (metoclopramida, haloperidol, dexametasona, levomepromazina e ondasetron) conforme prescrição médica; adaptação da dieta à situação atual, proporcionar ambiente confortável, evitar odores e realizar higiene oral (BERNARDO, 2010; GONÇALVES, 2011).

3.3.5 Medidas de conforto

Nos últimos dias ou horas de vida é essencial que ocorra no plano de cuidados a redefinição dos objetivos. É fundamental avaliar as intervenções de

enfermagem mais adequadas e retirar equilibradamente as que são consideradas como não essências (ELLERSHAW; CHAMPMAN, 2011).

Em síntese, todas as intervenções devem agora ser focadas para o conforto e segurança do doente/família, designadas como medidas de conforto.

No que se referem às intervenções a ser interrompidas, na perspectiva de não contribuírem conforto e a sua suspensão não causar sofrimento ao doente, incluem-se: a monitorização dos sinais vitais rotineiramente, oximetria, pesquisa de glicemia capilar, monitorização cardíaca, diurese/balanço hídrico, exames de sangue de rotina e oxigenioterapia. Devem ser evitados procedimentos invasivos, fúteis e potencialmente dolorosos que não tenham nenhum benefício para o doente (MCPCIL, 2010).

Neste âmbito são incluídas as manobras de reanimação. A taxa de sucesso desta intervenção é muito baixa e vários fatores têm sido associados com a baixa probabilidade de sucesso. A evidência é bastante clara e não pode haver dúvida de que se praticarem as manobras de reanimação não irá prolongar a vida ao doente. Por isso, esta intervenção deve ser rejeitada por razões de futilidade (tema discutido no capítulo anterior). A decisão de não reanimar deve ser devidamente documentada e escrita no processo clínico do doente, após discussão em equipa multidisciplinar (ELLERSHAW; CHAPMAN, 2011).

Ainda relativamente a intervenções que têm potencial de causar sofrimento ao doente destaca-se a entubação nasogástrica e a hidratação artificial. O facto do doente, que se encontre nos últimos dias ou horas de vida apresentar um crescente desinteresse pelos alimentos e líquidos, e por isso não se alimenta, são razões para que a família solicite frequentemente a introdução de soros e/ou entubação nasogástrica. Esta questão é bastante problemática e de grande preocupação para os familiares, expressa normalmente pelo medo de que o doente venha a morrer à fome. A família deve ser informada de que esta situação de recusa alimentar está relacionada com a doença e que não causa agravamento da mesma. É fundamental explicar que o doente não morrerá por falta de alimentos ou líquidos, mas sim devido à doença (NETO, 2010).

A entubação nasogástrica para administração de alimentos pode ser considerada uma medida desproporcional, por causar mais sofrimento do que benefício ao doente. No entanto, deve-se ter em atenção situações em que o doente

não se alimenta por apresentar disfagia provocada por uma neoplasia da boca ou esôfago. Nestes casos a entubação nasogástrica pode ser aceitável (THORNES; ELSTON, 2001).

O doente que se encontra em ambiente hospitalar recebe quase de imediato soros por via endovenosa, sendo que algumas vezes são internados para esse fim, por se apresentarem desidratados. Reforçar a ingestão de líquidos por soroterapia não vai regredir a doença, antes pelo contrário, pode trazer algumas complicações e desconforto, nomeadamente os edemas periféricos, aumento das secreções brônquicas e intensificar a sensação de dispneia. O tratamento da desidratação no doente em fim de vida não é consensual e na ausência de estudos conclusivos, a sua decisão é subjetiva e feita no melhor interesse do doente (GONÇALVES, 2011).

Relativamente as intervenções que não devem ser interrompidas por causar sofrimento ao doente quando não praticadas, incluem-se os cuidados envolvidos com a eliminação, higiene oral e cuidados com a pele (SALTZ; JUVET, 2012).

Durante a prestação de cuidados deve-se ter sempre em atenção sinais de dor que habitualmente está associado a estes cuidados, sendo necessário recorrer a analgesia antes de realizar qualquer tratamento.

O elemento mais importante neste momento é maximizar as medidas de conforto e descontinuar as medidas terapêuticas agressivas que nesta altura deixam de ter fundamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos não se destinam somente a preparar o paciente para a morte. O objetivo é, até a hora da partida, manter a dignidade do paciente e fazer com que sua existência consiga permanecer o mais confortável possível. Portanto, a atuação da equipe interdisciplinar deve ser no sentido propiciar alívio, conforto, evitando maiores complicações, sem a pretensão da cura e tendo consciência que as intervenções utilizadas não devem causar ainda mais dor, nem isolamento.

A enfermagem tem como destaque a preocupação de cuidar dos pacientes. Este cuidar envolve o olhar, a escuta, a percepção e a disponibilidade para atender as necessidades de seus pacientes. Além dos procedimentos técnicos, a existência de uma preocupação com o alívio do sofrimento deve estar presente nos profissionais que trabalham com pacientes que se encontram com doença incurável.

Constata-se assim que formação do profissional de enfermagem tem um longo caminho a ser percorrido, tendo que proporcionar uma transformação nas maneiras de perceber a morte, incluindo-a como dimensão da vida com expressão da totalidade biológica, psicológica, social, cultural, política e espiritual, proporcionando uma boa qualidade de vida no tempo que lhes resta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ANDRADE, C.G; COSTA, S.F.G; LOPES, M.E.L. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.18, n.9, p.2523-2530, nov. 2013.

CERRI, A. et al. Problemas éticos no cuidado ao paciente crítico. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, jul/set. 2011.

CRUZ, D.A.L.M. et al. **Dor e Cuidados Paliativos**: Enfermagem, Medicina e Psicologia. São Paulo: Manole; 2006.

DALACORTE, R.R. et al. **Cuidados Paliativos em Geriatria e Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision**. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/288890-overview>. Consultado a 19 de novembro de 2016.

ELLERSHAW, J; CHAPMAN, L. Care in the last hours and days of life. **Medicine**. Madri, v.39, n.11, p.674-677, nov. 2011.

GARCIA, J.B.S; RODRIGUES, R.F; LIMA, S.F. A estruturação de um serviço de cuidados paliativos no Brasil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.64, n.4, p.286-291, jul/ago. 2014.

GIORDANI, A.T. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

GOMES, A.M.A. et al. Cuidar e ser cuidado: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.14, n.4, p. 48-53, dez. 2011.

GONÇALVES, J.F. **Controlo de sintomas no cancro avançado**. 2. ed. Lisboa: Coisas de ler, 2011.

HERMES, H.R; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.9, p.2577-2588, out. 2013.

KÓVACS, M.J. **Educação para a morte desafio na formação de profissionais de saúde e educação**. São Paulo, Casa do Psicólogo, FAPESP, 2012.

KLUBLER-ROSS, E. **On death and dying**. New York: Scribner, 1969.

KLUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Pena, 1996.

MATOS, G.D.R; PULSCHEN, A.C. Qualidade de Vida de Pacientes Internados em uma Unidade de Cuidados Paliativos: um Estudo Transversal. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.61, n.2, p.123-129, nov.2015.

OLIVEIRA, A.C; SILVA, M.J.P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 207-212, jul/ago. 2010.

PALÚ, L.A; LABRONICI, L.M; ALBINI, L. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Cogitare enfermagem**, Paraná, v. 9 n.1, p.33-41, mai/jun. 2004.

QUERIDO, A; BERNARDO, A. Náuseas e vômitos. In: BARBOSA A; NETO I. (Coords). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010, p.127-143.

RICH, B.A. Physicians'legal duty to relieve suffering. **The Western journal of medicine**, Bethesda, v.175, n.3, p.151-152, mai. 2001.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, jun. 2007.

SALOMÉ, G.M; CAVALI, A; ESPÓSITO, V.H.C. Sala de emergência: O cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, p. 681-686, out. 2009.

SALTZ, E; JUVER, J. **Cuidados paliativos em oncologia**. Rio de Janeiro: Ed. Senac Rio, 2012.

SANTOS, F.S. **Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas**. São Paulo: Atheneu, 2011.

SEPÚLVEDA, C. et al. Palliative Care: the World Health Organization's Global Perspective. **Journal of Pain and Symptom Management**, Canadá, v.24, n.2, p.91-96, aug. 2002.

SIMONI, M; SANTOS, M.L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 169-194, fev. 2003.

TEMEL, J.S. et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small Cell Lung Cancer. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.363, n.8, p.733-742, aug. 2010.

THORNES, R; ELSTON, S. Association for children with life threatening or terminal conditions and their families, National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, & Scottish Partnership Agency for Palliative and Cancer Care. **Palliative care for young people aged 13-24**. Bristol: Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions & their Families, 2001. Disponível em: <https://www.palliativecarescotland.org.uk>, acesso em: 19 nov. 2016.

WENK, R. **Cuidado Paliativo**: Guías de tratamiento para enfermería. Fundacion FEMEBA. Programa Argentino de Cuidados Paliativos. 2004, p. 1-45. Argentina. Fundacion FEMEBA.